



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **139**

(51) **МПК(2006) A61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 0700090

(22) 20.03.2007

(46) Бюл.50 (2), 2008

(71) Мухаббатов Дж.К. (ТJ); Пулотов К.Дж. (ТJ);
Муродов У.К. (ТJ); Назаров Б.И. (ТJ).

(72) Мухаббатов Дж.К. (ТJ); Пулотов К.Дж. (ТJ);
Муродов У.К. (ТJ); Назаров Б.И. (ТJ).

(73) Мухаббатов Дж.К. (ТJ); Пулотов К.Дж. (ТJ);
Муродов У.К. (ТJ); Назаров Б.И. (ТJ).

(56) 1. Аминев А.М. Руководство по проктологии.
Куйбышев, 1971, т. 2, стр. 531.

2. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодар-
ный Л.А. Геморрой - М: Издательство ООО «Мит-
ра-Пресс», 2002, стр. 192.

3. Мельман Е.П., Дацун И.Г. Функциональная
морфология прямой кишки и структурные

4. Осипова Н.А., Петрова В.В., Береснев В.А.
Профилактическая анальгезия - новое направление
в анестезиологии. Анестезиология и реаниматоло-
гия. М.: 1999.

**(54) СПОСОБ АНЕСТЕЗИИ В КОЛОПРОК-
ТОЛОГИИ.**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к колонпроктологии и может быть использовано для
продолжительной анестезии дистальных отделов
прямой кишки, путем применения; регионарной
анестезии.

По предлагаемому способу дополнительно не
извлекая иглу из эпидурально-сакрального про-
странства, по ней вводят тонкий полиэтиленовый
катетер диаметром 2 мм., который фиксируют
асептическим лейкопластырем на коже.

основы патогенеза геморроя. М.: 1986.

Изобретение относится к медицине, а именно к колопроктологии и используется для пролонгированной (длительной) анестезии дистальных отделов прямой кишки, путем применения регионарной анестезии.

В доступной нами литературе имеются аналогии и прототипы данной работы.

Известен (2) способ анестезии при аноректальной патологии прямой кишки, заключающийся в применении спинальной анестезии, путем установки катетера в перидуральном пространстве. Недостатком способа является то, что развиваются осложнения, риск которых превышает основную патологию прямой кишки.

Известен (3,4) способ анестезии при аноректальной патологии прямой кишки, заключающийся в применении общего обезболивания, путем внутривенного или эндотрахеального наркоза. Недостатком метода является кратковременное обезболивание, спинктероспазм и побочные явления общего обезболивания.

Наиболее ближайшим прототипом, (1) сходный по некоторым существенным признакам нашей работы, является, способы анестезии при аноректальной патологии прямой кишки, заключающийся в применении сакрально-эпидуральной анестезии, путем установки катетера; в эпидуральном пространстве. Недостатком способа является то, что длительность обезболивания продолжается всего 4-6 часов после операции, риск развития гнойно-воспалительных осложнений.

В связи с этим обстоятельством, мы разработали новый способ пролонгированной (длительной) анестезии, тем самым, оптимизировать послеоперационное обеспечение пациентов, с хирургической патологией прямой кишки и промежности.

Цель изобретения является повышение эффективности анестезии, снижению количества гнойно-воспалительных осложнений при аноректальной патологии прямой кишки. Учитывая обильную иннервацию, высокую чувствительность и рефлексогенность перианальной зоны и возможность образования и формирования в послеоперационном периоде стойкого болевого синдрома, мы разработали методику пролонгированной сакрально-эпидуральной анестезии при всех оперативных вмешательствах на дистальном отделе прямой кишки и промежности. Кроме того, пролонгированная сакрально-эпидуральная анестезия обеспечивая полную миорелаксацию анального сфинктера в раннем послеоперационном периоде, приводит к более раннему наступлению репаративных процессов в ране анального канала.

Поставленная цель достигается применением пролонгированной сакрально-эпидуральной анестезией. Пролонгированную сакральную анестезию мы проводили в положении на боку больного 1-2% раствором лидокаина или лигнокаина. Использовали иглу 18-22 G и катетеры длиной от 7 до

9 см. При установке катетера его вводили только после проведения тестов, подтверждающих положение иглы в эпидуральном пространстве. Через катетер вводили пробную дозу анестетика объемом 2-3 мл, после чего наблюдали за частотой сердечных сокращений и артериального давления. Если признаков внутрисосудистого введения препарата не наблюдалось, вводили до 20 мл анестетика, из расчета 8-10 мг\кг веса больного. Далее, не извлекая иглу из эпидурально-сакрального пространства, но ней вводили тонкий полиэтиленовый катетер диаметром 2 мм., (для пролонгированного введения анестетика) который фиксировали асептическим лейкопластырем на коже. В послеоперационном периоде через каждые 8 часов в катетер вводился анестетик по 10-15 мл и через 30 минут повторно 10 мл. В дальнейшем, анестетик вводили по 4-8 мл через каждые 4-6 часов в течение 3-4 суток.

Преимущество данного способа является то, что впервые в колопроктологии и анестезиологии внедряется пролонгированная сакрально-эпидуральная анестезия, длительно снимается болевой синдром и спазм анального сфинктера при аноректальной патологии, который приводит к улучшению микроциркуляции в слизистой оболочке анального канала.

Предложенный нами способ анестезии апробирован у 26 больных оперированных на дистальном отделе прямой кишки. Способ разработан и клинике, где подтверждено патогенетическая обоснованность применения для пролонгированного действия анестетика и снижению количества гнойно-воспалительных осложнений при аноректальной патологии прямой кишки.

Пример. Больной А.1971 г.р. поступил 22.02.06 с диагнозом смешанной геморрой с выпадением и кровотечением узлов III степени. При осмотре в коленно-локтевом положении в области ануса на 3,7,11 часах по циферблату имеются наружные геморроидальные узлы. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранен. Внутренние геморроидальные узлы расположены на 3,7,11 часах по циферблату мягко-эластической консистенции, размерами 2,5х3,0 см с эрозивной поверхностью. Узлы на 3,7,11 часах по циферблату выпадают из анального канала.

Больному в плановом порядке под пролонгированной сакрально-эпидуральной анестезией произведена операция геморроидэктомии с восстановлением слизистой узловыми капроновыми швами. В раннем послеоперационном периоде отсутствовал болевой синдром, а «первый» стул был безболезненный. Острая задержка мочеиспускания и кровотечение из ран не наблюдалось. Длительность эпителизации ран анального канала составила $15,4 \pm 0,5$ день. Изучения функционального состояния анального сфинктера показали, что на 10-11 сутки отмечалась практически полная нормализация показателей анального давления и

анального рефлекса в покое и при максимальном сокращениях сфинктера.

Преимуществами предлагаемого способа является:

- отсутствие риска развития тяжелых осложнений со стороны спинного мозга.
- увеличение эффективности обезболивания и лечения 93% наблюдений.
- уменьшение количество послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.
- улучшение функциональных способностей анальных сфинктеров прямо, кишки в послеопера-

ционном периоде.

- профилактика развития органических патологии прямой кишки. Таким образом, учитывая обильную иннервацию, высокую чувствительность и рефлексогенность перианальной зоны, и возможность образования и формирования в послеоперационном периоде стойкого болевого синдрома, мы рекомендуем использовать способ пролонгированной сакрально-эпидуральной анестезии при всех оперативных вмешательствах на дистальном отделе прямой кишки и промежности.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ анестезии в колопроктологии, заключающийся в том, что применяют сакрально-эпидуральную анестезию путем введения катетера в эпидурально-сакральное пространство, **отличающийся тем, что** из эпидурально-сакрального

пространства иглу не извлекают, по ней вводят тонкий полиэтиленовый катетер диаметром 2 мм, который фиксируют асептическим лейкопластырем на коже.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.